

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori Demam

1. Pengertian

Demam adalah proses alami tubuh untuk melawan infeksi yang masuk ke dalam tubuh ketika suhu meningkat melebihi suhu tubuh normal ($>37,5^{\circ}\text{C}$). Demam adalah proses alami tubuh untuk melawan infeksi yang masuk ke dalam tubuh. Demam terjadi pada suhu $> 37, 2^{\circ}\text{C}$, biasanya disebabkan oleh infeksi (bakteri, virus, jamur atau parasit), penyakit autoimun, keganasan, ataupun obat–obatan (Santoso Dafid, Cahyani Etika Dewi, 2022).

Demam merupakan kondisi dimana suhu tubuh di atas normal yaitu $>38^{\circ}\text{C}$. Demam apabila tidak ditangani secara tepat dan cepat akan mengakibatkan kejang pada bayi dan balita. Sebanyak 2% sampai 5% anak yang berumur kurang dari 5 tahun mengalami kejang di sertai dengan demam. Hal tersebut adalah suatu kondisi dimana kejadian ini harus ditangani dengan baik, karena akan berdampak pada motorik anak (Suhendar, 2021).

Demam merupakan suatu keadaan suhu tubuh diatas normal sebagai akibat peningkatan pusat pengatur suhu di hipotalamus. Sebagian besar demam pada anak merupakan akibat dari perubahan pada pusat panas (*termoregulasi*) di hipotalamus, Penyakit–penyakit yang ditandai dengan adanya demam dapat menyerang sistem tubuh. Selain itu demam mungkin berperan dalam meningkatkan perkembangan imunitas spesifik dan non spesifik dalam membantu pemulihan atau pertahanan terhadap infeksi (Sodikin dalam Wardiyah, 2019).

Demam dapat disebut tanda penyakit paling umum. Sekitar 15-25% pasien yang datang ke fasilitas kesehatan dasar atau unit gawat darurat disebabkan karena demam (Sudibyo et al., 2020)

2. Etiologi

Penyebab utama demam adalah penyakit infeksi seperti infeksi virus, bakteri, riketsia, klamidia dan parasite (Anggreni et al., 2022).

Sedangkan menurut Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal dalam Thobaroni (2015) bahwa etiologi demam, diantaranya:

- a. Suhu lingkungan
- b. Adanya infeksi
- c. Pneumonia.
- d. Malaria.
- e. Otitis media
- f. Imunisasi

3. Klasifikasi

Menurut (Nurarif, 2018), klasifikasi demam adalah sebagai berikut:

a. Demam Septik

Suhu badan berangsur naik ke tingkat yang tinggi sekali pada malam hari dan turun kembali ke tingkat diatas normal pada pagi hari. Sering disertai keluhan menggigil dan berkeringat. Bila demam yang tinggi tersebut turun ke tingkat yang normal dinamakan juga demam hektik.

b. Demam Remiten

Suhu badan dapat turun setiap hari tetapi tidak pernah mencapai suhu badan normal. Penyebab suhu yang mungkin tercatat dapat mencapai dua derajat dan tidak sebesar perbedaan suhu yang dicatat demam septik.

c. Demam Intermiten

Suhu badan turun ke tingkat yang normal selama beberapa jam dalam satu hari. Bila demam seperti ini terjadi dalam dua hari sekali disebut tersiana dan bila terjadi dua hari terbebas demam diantara dua serangan demam disebut kuartana.

d. Demam Kontinu Variasi

Suhu sepanjang hari tidak berbeda lebih dari satu derajat. Pada tingkat demam yang terus menerus tinggi sekali disebut hiperpireksia

e. Demam Siklik

Terjadi kenaikan suhu badan selama beberapa hari yang diikuti beberapa periode bebas demam untuk beberapa hari yang kemudian di ikuti oleh kenaikan suhu seperti semula.

4. Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif (2015) tanda dan gejala terjadinya demam adalah:

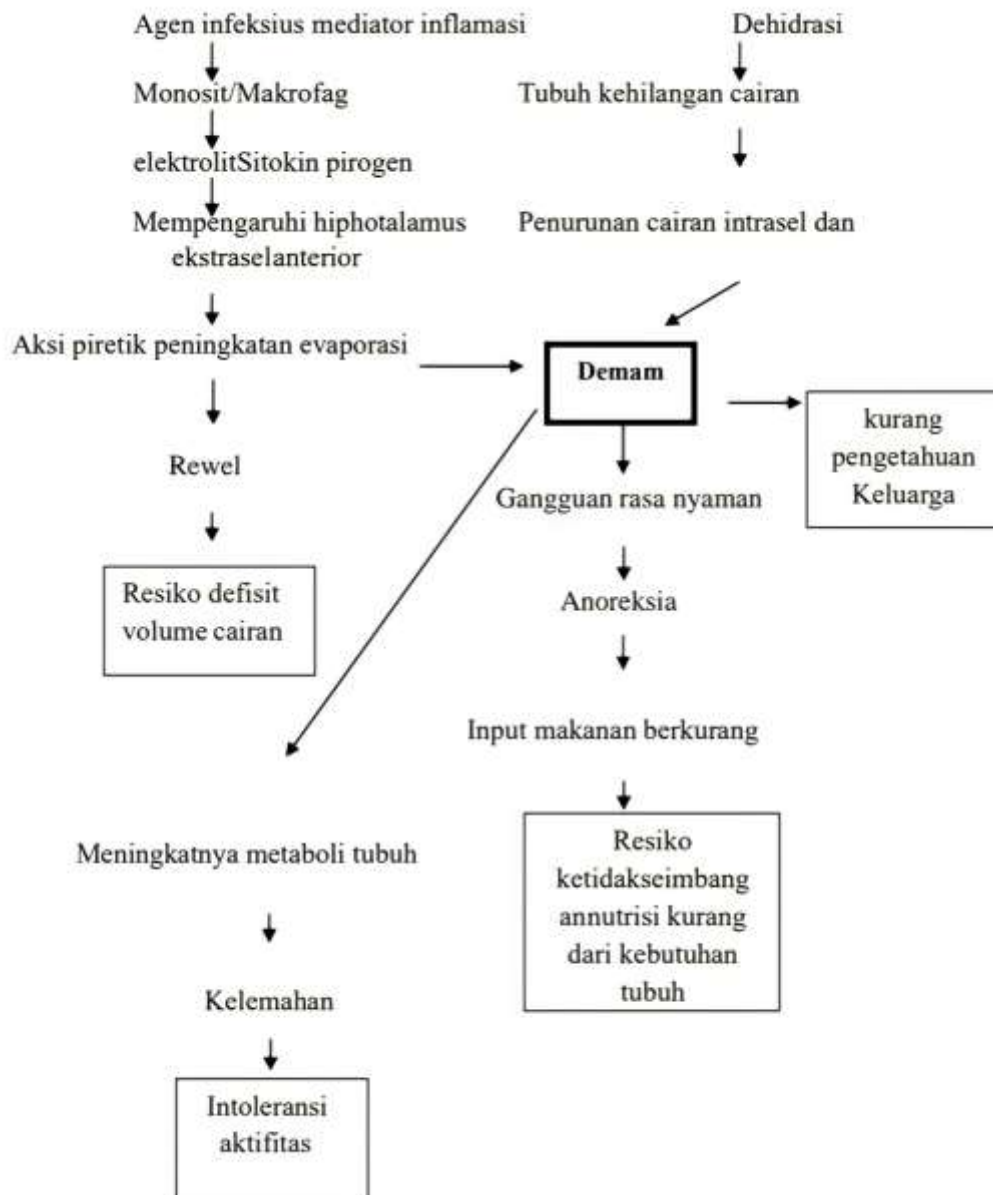
- a. Anak rewel (suhu tubuh lebih tinggi dari $37,5^{\circ}\text{C} - 39^{\circ}\text{C}$)
- b. Kulit kemerahan
- c. Hangat pada sentuhan
- d. Peningkatan frekuensi pernapasan
- e. Menggigil
- f. Dehidrasi
- g. Kehilangan nafsu makan
- h. Sakit kepala

Menurut (Saryono & Widianti, 2010) dalam (Syarif, 2017) adanya perubahan suhu tubuh juga berhubungan dengan pola tidur seseorang. Individu akan terjaga apabila suhu tubuhnya tinggi dan dapat tertidur apabila suhu tubuhnya rendah.

5. Patofisiologi

Patofisiologi demam terjadi ketika berbagai proses infeksius dan noninfeksius berinteraksi dengan program pertahanan tubuh, mekanisme ini terjadi karena bakteri atau fragmen jaringan akan ditelan oleh leukosit dengan partikel besar, makrofag, dan limfosit pembunuh. Semua sel kemudian mencerna hasil pembusukan bakteri dan melepaskan interleukin-1 sampai di hipotalamus akan menyebabkan demam dengan cara menaikkan suhu tubuh yaitu 8-10 menit. Interleukin -1 juga memiliki kemampuan untuk menginduksi pembentukan prostaglandin atau zat yang memiliki kesamaan dengan zat tersebut, kemudian bekerja pada hipotalamus untuk menghasilkan respon demam (Fathrrizky, 2020).

Gambar 2. 1
Patofisiologi Demam



Sumber : Sodikin (2012) dalam (Warohmah wati, 2020)

6. Komplikasi

Apabila demam tidak segera diatasi bisa terjadi komplikasi sebagai berikut :

- a. Kejang pada anak dan membahayakan keselamatan anak, kejang yang berlangsung lebih dari 15 menit dapat mengakibatkan *apneu, hipoksia, hipoksemia, asidosis, hipotensi* sehingga menyebabkan kelainan anatomis di otak dan terjadi epilepsi dan mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan anak terganggu (Meriati B.A.Purba & Vebrina Sianturi, 2022)
- b. Dehidrasi, yakni demam meningkatkan penguapan cairan tubuh

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan demam terdiri dari farmakologi dan nonfarmakologi,

a. Tindakan farmakologi

Diantaranya pemberian obat antipiretik berupa : Paracetamol, Ibuprofen, dan Sanmol (Tauhidah & Pramono, 2022).

b. Tindakan non farmakologi

Berikan minuman lebih banyak dari biasanya, pakaian yang digunakan anak baiknya dengan pakaian yang tipis, lakukan kompres hangat (tepid water sponge) dengan cara yaitu menyiapkan air hangat, mencelupkan waslap atau handuk kecil ke waskom dan mengkompresnya di daerah dahi, dada, dan ketiak. Melakukan tindakan diatas beberapa kali (setelah kulit kering) dan menghentikan prosedur bila suhu tubuh mendekati normal (Sari, 2017).

Selain tindakan kompres hangat dapat juga dilakukan tindakan terapi komplementer kompres menggunakan daun dadap serep, daun ini sudah terbukti memiliki efek sebagai antipiretik, hal ini dibuktikan berdasarkan hasil dari penelitian, bahwa kompres daun dadap serep berpengaruh dalam menurunkan suhu tubuh anak dengan demam.

Mekanisme penurunan suhu tubuh diawali dengan bertemunya dadap serep dengan permukaan kulit yang panas dimana di dalam nya terdapat pembuluh darah, dadap serep yang mengandung etanol ini akan memberikan efek mendinginkan dengan metode konduksinya. Pada saat daun ditempelkan ke permukaan kulit akan terjadi konduksi panas dari

permukaan kulit dan berpindah ke daun dadap serep lalu akan menggantikannya dengan efek dingin. Ramuan dadap serep ini diberikan 5 – 6 lembar, diremas lalu dicampur dengan adas 5 – 10 gr dan kapur sirih 4 – 5 gr, 3x sehari dengan durasi waktu 15 – 30 menit, ditempelkan pada bagian kening, leher dan perut. Dadap serep ini dicampur dengan adas karena mengharumkan ramuan obat, serta kapur sirih sebagai pengikat dan penguat untuk mempertahankan tekstur sekaligus untuk menghilangkan rasa gatal (Pariata et al., 2022)

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan manusia.

Menurut Abraham Maslow, kebutuhan dasar manusia dapat digolongkan menjadi 5 (lima) tingkatan, yang telah diurutkan dari tingkat kebutuhan yang paling mendasar. Adapun kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi sebelum kebutuhan yang lainnya dipenuhi, yaitu:

Gambar 2. 2
Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Abraham Maslow



Sumber: Abraham Maslow (2020).

a. Kebutuhan fisiologis

Merupakan kebutuhan prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya, dibandingkan kebutuhan lainnya. Misalnya seseorang yang kekurangan makanan, keselamatan dan cinta akan lebih dahulu memenuhi kebutuhan akan makanannya sebelum memenuhi kebutuhan akan cinta. Adapun kebutuhan fisiologis diantaranya :

- 1) Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas
- 2) Kebutuhan cairan dan elektrolit
- 3) Kebutuhan eliminasi urine
- 4) Kebutuhan istirahat tidur
- 5) Kebutuhan aktivitas temperatur tubuh
- 6) Kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan

Merupakan kebutuhan aman dari berbagai aspek baik fisiologis dan psikologi, kenyamanan. Kebutuhan ini meliputi :

- 1) Kebutuhan perlindungan diri
- 2) Bebas dari rasa takut dan kecemasan
- 3) Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru/asing

c. Kebutuhan rasa cinta memiliki dan dimiliki

Kebutuhan rasa cinta memiliki dan dimiliki meliputi:

- 1) Memberi dan menerima kasih sayang
- 2) Perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain
- 3) Kehangatan dan persahabatan
- 4) Mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok dan lingkungan sosial.

d. Kebutuhan harga diri

Kebutuhan harga diri ini meliputi:

- 1) Perasaan tidak bergantung pada orang lain
- 2) Kompeten
- 3) Penghargaan diri sendiri dan orang lain

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan aktualisasi diri meliputi:

- 1) Dapat mengenali diri sendiri dengan baik
- 2) Belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri
- 3) Tidak emosional
- 4) Mempunyai dedikasi yang tinggi

Kebutuhan dasar manusia yang mengalami gangguan pada kasus febris adalah kebutuhan fisiologis yaitu pada suhu serta kebutuhan rasa aman dan perlindungan, adapun kebutuhan fisiologis yang terganggu adalah kebutuhan aktifitas temperatur tubuh

1. Kebutuhan fisiologis yaitu suhu

Beberapa faktor dapat mengancam kebutuhan tubuh akan regulasi suhu yaitu cuaca eksternal yang berlebihan (panas atau dingin) atau demam tinggi sebagai respon terhadap infeksi. Suhu adalah hasil produksi metabolisme tubuh yang diperlukan untuk kelancaran aliran darah dan menjaga agar reaksi kimia tubuh dapat berjalan baik (Ismoedijanto, 2016). Termoregulasi adalah sistem dalam tubuh yang mempertahankan suhu tubuh dari pengaruh suhu luar dan berbagai faktor lainnya, sistem pengaturan suhu tubuh ini diatur oleh keseimbangan produksi dan pelepasan panas, serta fungsi pusat pengatur suhu di hipotalamus (Carlson et al., 2019)

2. Kebutuhan Rasa Aman dan Perlindungan

Pada kasus anak demam mengalami gangguan kebutuhan rasa aman dan perlindungan karena terjadi peningkatan suhu tubuh diatas normal, agar kebutuhan dasar manusia bisa terpenuhi dapat dilakukan pemberian kompres untuk menurunkan suhu tubuh (Richard oliver dalam Zeithml., 2021).

C. Konsep Proses Asuhan Keperawatan

Menurut Nurarif (2015) proses keperawatan anak demam atau febris adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Suarni & Apriyani, 2017)

Menurut Nurarif (2015) proses keperawatan anak demam atau febris adalah sebagai berikut:

a. Identitas klien

Meliputi : nama, tempat / tanggal lahir, umur , jenis kelamin , nama orang tua , pekerjaan orangtua , alamat , suku , bangsa dan agama

b. Keluhan utama

Klien yang menderita demam / febris biasanya suhu tubuh mengalami kenaikan yaitu di atas 37,5⁰C

c. Riwayat kesehatan sekarang (riwayat penyakit yang diderita klien saat masuk rumah sakit) :

Sejak kapan timbul demam, sifat demam , gejala lain yang menyertai demam (mual/muntah, berkeringat, nafsu makan berkurang, gelisah, nyeri otot/sendi, dan lain lain

d. Riwayat kesehatan yang lalu

Riwayat penyakit yang sama atau penyakit lain yang pernah di derita oleh klien.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat penyakit yang sama atau penyakit lain yang pernah di derita oleh keluarga lain baik bersifat genetik atau tidak

f. Pengkajian fisik

Seperti keadaan umum klien, tanda – tanda vital, status nutrisi.

g. Pemeriksaan persistem

- 1) Sistem persepsi sensori seperti sistem persyarafan/kesadaran ,
- 2) Sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler, sistem gastrointestinal, sistem integument, serta sistem perkemihan.

3) Pada fungsi kesehatan seperti pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan , pola nutrisi dan metabolisme, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola tidur dan istirahat.

h. Pemeriksaan penunjang

Meliputi : pemeriksaan laboratorium, foto rotgen, USG, endoskopi atau scanning.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah kegiatan menyimpulkan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar yang dialami oleh klien, dengan cara merumuskan dalam bentuk kalimat yang terstandar (Suarni & Apriyani, 2017). Diagnosa keperawatan menurut (Sodikin, 2012) yang telah distandarkan dalam SDKI (2017) dalam (Yakub dan Herman, 2019) yaitu :

- a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
- b. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- c. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)
- d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien, masalah yang dirumuskan dalam diagnosa keperawatan. Dalam menyelesaikan masalah ini juga harus menggunakan standar (Suarni & Apriyani, 2017).

Rencana keperawatan pada kasus Febris menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) terdapat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2. 1
Rencana Keperawatan

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	Setelah dilakukan Asuhan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik, dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil menurun 2. Kulit merah menurun 3. Pucat menurun 4. Takikardi menurun 5. Takipnea menurun 6. Suhu tubuh membaik 7. Suhu kulit Membaik Pengisian kapiler membaik	<p>Manajemen Hipertermia</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermi hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 5. Monitor haluaran urin 6. Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan Oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis.selimut hipotermia/atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Berikan oksigen, jika perlu. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.

1	2	3	4
2	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktifitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis.kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis.pencahayaan, kebisingan,suhu,matras,dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis.pijat, pengaturan posisi,terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur – terjaga. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penting nya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor faktor yang

1	2	3	4
			berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis.psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lain nya.
3	Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 3. Berat badan membaik 4. IMT membaik 5. Frekuensi makan membaik 6. Nafsu makan membaik 7. Bising usus Membaik	Manajemen Nutrisi Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Teraupetik : 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.piramida makanan) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai sebelum makan, jika perlu 3. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.piramida makanan) 4. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 5. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 6. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

1	2	3	4
			<p>7. Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>8. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian Medikasi sebelum makan (mis.pereda nyeri, antiemetik) jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.
4	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas Meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan aktifitas sehari hari meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Dispnea saat aktifitas menurun 4. Dispnea setelah aktivitas menurun 5. Perasaan lemah menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya , suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktifitas 4. distraksi yang menenangkan 5. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur

1	2	3	4
		7. Tekanan darah membaik 8. Frekuensi nafas membaik	jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi : 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi : 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
5	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	Edukasi Kesehatan Observasi : 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Teraupetik : 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

1	2	3	4
		5. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 6. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 7. Perilaku membaik	2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

4. Implementasi

Merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni dan Apriyani,2017).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017).

Untuk mempermudah mengevaluasi perkembangan pasien digunakan komponen SOAP.

S: Data subjektif

Data subjektif adalah informasi berupa ungkapan yang didapatkan dari klien setelah tindakan diberikan

O: Data objektif

Data objektif adalah informasi yang di dapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan

A: Analisa

Analisa adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil , kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi

P: Planning (perencanaan keperawatan)

Perencanaan keperawatan yaitu rencana keperawatan yang dilanjutkan atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, tindakan yang sudah menunjukkan hasil yang memuaskan, tidak memerlukan tindakan ulang , pada umumnya dihentikan karna sesuai dengan hasil analisa.

D. Konsep Teori Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga yaitu asuhan yang diberikan kepada keluarga dengan cara mendatangi keluarga, tujuannya adalah untuk meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif.

Asuhan keperawatan keluarga diberikan kepada manusia dengan sasaran sebagai individu, kelompok, keluarga. Penerapan asuhan keperawatan keluarga mengaplikasikan 5 tujuan khusus dengan modifikasi SDKI, SLKI, SIKI. Hasil capaian yaitu sebagai berikut:

1. TUK 1 : Mampu mengenal masalah
Domain capaian hasil: pengetahuan kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang proses penyakit
2. TUK 2 : Mampu mengambil keputusan
Domain capaian hasil: domain kesehatan dan perilaku yaitu kepercayaan tentang kesehatan, keputusan terhadap ancaman kesehatan, persepsi terhadap perilaku kesehatan
3. TUK 3 : Mampu merawat
Domain capaian hasil: adalah kesehatan keluarga yaitu kapasitas keluarga untuk terlibat dalam perawatan, peranan *care giver*, emosional, interaksi dalam peningkatan status kesehatan
4. TUK 4 : Mampu memodifikasi lingkungan
Domain capaian hasil: kesejahteraan keluarga yaitu dengan menyediakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan, lingkungan yang aman dengan mengurangi faktor resiko

5. TUK 5: Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

Domain capaian hasil: adalah pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang sumber sumber kesehatan .

E. Proses Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian keperawatan keluarga

Pengkajian merupakan tahapan dalam mengidentifikasi data-data, mengumpulkan informasi yang berkesinambungan secara terus-menerus terhadap keluarga yang dibina. Sumber data pengkajian melalui proses dari anamnesa (wawancara), pemeriksaan atau pengkajian fisik anggota keluarga (Dion & Betan, 2015) dalam (Wahyuni et al., 2021). Pengkajian yang harus dilakukan dalam asuhan keperawatan keluarga meliputi:

a. Data umum

- 1) Identitas pasien, meliputi : nama, umur, pekerjaan, suku, agama, dan alamat (KK)
- 2) Data kesehatan pada pengkajian ini fokus utama pada yang sakit mencakup diagnosa, riwayat pengobatan, riwayat perawatan, ganggaun kesehatan serta apa saja kebutuhan dasar manusia yang terganggu. Kemudian lakukan pemeriksaan fisik seluruh anggota keluarga yang mencakup pemeriksaan *head to toe*.
- 3) Data kesehatan lingkungan berupa uraian kondisi rumah yang meliputi : tipe rumah, ventilasi, pencahayaan, kelembapan, lingkungan rumah, kebersihan, serta bagaimana sarana MCK.
- 4) Struktur keluarga, pada bagian ini menjelaskan tipe keluarga peran anggota keluarga, komunikasi dalam keluarga, sumber sumber kehidupan keluarga, dan sumber penunjang kesehatan lain nya.
- 5) Fungsi keluarga, pada bagian ini mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan berdasarkan kemampuan keluarga yaitu :

- a) Kemampuan keluarga mengenal masalah , meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, faktor penyebab, tanda dan gejala penyakit.
- b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, masalah dirasakan keluarga, sifat negatif terhadap masalah kesehatan, informasi yang salah.
- c) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, yaitu bagaimana keluarga mengetahui keadaan, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d) Kemampuan keluarga memelihara kesehatan, memodifikasi serta memelihara lingkungan.
- e) Kemampuan keluarga dalam menggunakan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan

2. Diagnosa keperawatan keluarga

Diagnosa keperawatan keluarga merupakan kesimpulan yang ditarik dari data yang dikumpulkan tentang keluarga. Diagnosa ini berfungsi sebagai alat untuk menggambarkan masalah keluarga yang dapat ditangani oleh perawat, dimana diagnosa nya diangkat berdasarkan masalah-masalah pada fungsi keluarga, struktur keluarga, dan lingkungan keluarga (Andarmoyo, 2012) dalam (Wahyuni et al., 2021)

Penilaian (Skoring) Diagnosis Keperawatan Keluarga Skoring dilakukan bila perawat merumuskan diagnosis keperawatan lebih dari satu. Proses skoring menggunakan skala yang telah dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya (1978). Proses skoring dapat dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan dengan cara sebagai berikut:

- a. Tentukan skor terlebih dahulu sesuai dengan kriteria yang dibuat perawat
- b. Selanjutnya skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot:

Gambar 2. 3
Skoring Skala Prioritas

$$\frac{\text{Skor yang diperoleh} \times \text{bobot}}{\text{Skor tertinggi}}$$

- c. Jumlahkan skor untuk semua kriteria (skor maksimum sama dengan jumlah bobot, yaitu 5)

Tabel 2. 2
Skoring Diagnosis Keperawatan Menurut Bailon & Maglaya (1978) :

N O	Kriteria	Skor	Bobot
1	2	3	4
1	Sifat masalah : Aktual Potensial Resiko	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat yang dapat dicegah : Mudah Sebagian Tidak mudah	2 1 0	2
3	Potensial masalah dapat dicegah : Tinggi Sedang Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah : Segera Tidak perlu Tidak dirasakan	2 1 0	1

Kriteria yang dapat mempengaruhi penentuan masalah:

- a. Sifat masalah
 - 1) Aktual
Berkaitan dengan kegagalan dalam mengoptimalkan kesehatan
 - 2) Ancaman kesehatan Berkaitan dengan keadaan yang memungkinkan

terjadinya penyakit/masalah kesehatan

3) Krisis atau keadaan sejahtera berkaitan dengan masa yang membutuhkan banyak penyesuaian dari individu/keluarga

b. Kemungkinan masalah dapat diubah

Kemungkinan masalah dapat diubah adalah kemungkinan berhasilnya mengurangi atau mencegah masalah jika ada tindakan (intervensi).

c. Potensial masalah dapat dicegah

Potensial masalah dapat dicegah adalah sifat dan beratnya masalah yang akan timbul yang dapat dikurangi atau dicegah.

d. Menonjolnya masalah

Menonjolnya masalah adalah cara keluarga melihat dan menilai masalah tentang beratnya masalah serta mendesaknya masalah untuk diatasi. Hal yang perlu diperhatikan dalam memberikan skor pada kriteria ini adalah perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga tersebut melihat masalah.

3. Perencanaan keperawatan keluarga

Menurut (Widagdo & Kholifah, 2016) Perencanaan keperawatan merupakan proses penyusunan keperawatan keluarga dalam menyelesaikan masalah keperawatan kesehatan keluarga dengan tujuan keluarga mampu mengenal masalah, keluarga mampu mengambil keputusan, keluarga mampu merawat, keluarga mampu memodifikasi lingkungan, keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Tabel 2.3
Perencanaan Keperawatan Keluarga

NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			
		TUM	TUK	Kriteria(SLKI)	Intervensi(SIKI)
1	2	3	4	5	6
1	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	Dalam 3 kali kunjungan hipertermia yang dialami klien teratasi	1. Keluarga mampu mengenal masalah	Tingkat Pengetahuan (L.12111) <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 	Edukasi Kesehatan(L.12383) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Teraupetik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

1	2	3	4	5	6
					3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
			2. Keluarga mampu mengambil keputusan	Dukungan Keluarga (L.13112) <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi keinginan untuk merawat anggota keluarga yang sakit meningkat 2. Menanyakan kondisi pasien meningkat 3. Bekerjasama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan meningkat 4. Bekerjasama dengan penyedia layanan kesehatan dalam menentukan perawatan meningkat 	Promosi Dukungan Keluarga (L.13488) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi sumber daya fisik,emosional,dan pendidikan keluarga 2. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga 3. Identifikasi persepsi tentang situasi, pemicu kejadian, perasaan dan perilaku pasien 4. Identifikasi stressor situasional anggota keluarga lainnya 5. Identifikasi gejala fisik akibat stress(mis.mual,muntah,ketidakmampuan) Teraupetik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang nyaman 2. Fasilitasi program perawatan dan pengobatan yang dijalani anggota keluarga 3. Diskusikan anggota keluarga yang akan dilibatkan dalam perawatan

1	2	3	4	5	6
					<ol style="list-style-type: none"> 4. Diskusikan kemampuan dan perencanaan keluarga dalam perawatan 5. Diskusikan jenis perawatan dirumah 6. Diskusikan cara mengatasi kesulitan dalam perawatan 7. Dukung anggota keluarga untuk menjaga atau mempertahankan hubungan keluarga 8. Hargai keputusan yang dibutuhkan keluarga 9. Hargai mekanisme perawatan yang dibutuhkan keluarga <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan dan pengobatan yang dialami pasien 2. Anjurkan keluarga bersifat asertif 3. Anjurkan meningkatkan aspek positif dari situasi yang dialami pasien
			3. Keluarga mampu merawat	Termoregulasi (L.14134) <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil menurun 	Manajemen Hipertermia(L.15506) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia(mis.dehidrasi,terpa par lingkungan panas)

1	2	3	4	5	6
				<p>2. Kulit merah menurun</p> <p>3. Kejang menurun</p> <p>4. Pucat menurun</p> <p>5. Suhu tubuh membaik</p> <p>6. Suhu kulit membaik</p> <p>Manajemen Kesehatan Keluarga(L.12105)</p> <p>1. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat</p> <p>2. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat</p> <p>3. Tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat</p> <p>4. Verbalisasi kesulitan menjalankan peragaan yang ditetapkan meningkat</p>	<p>2. Monitor suhu tubuh</p> <p>3. Monitor komplikasi akibat hipertermia</p> <p>Teraupetik:</p> <p>1. Sediakan lingkungan yang dingin</p> <p>2. Longgarkan pakaian</p> <p>3. Berikan cairan oral</p> <p>4. Lakukan pendinginan eksternal(mis.selimut hipotermia/atau kompres dingin pada dahi,leher,dada,abdomen,aksila)</p> <p>Edukasi:</p> <p>Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.</p> <p>Penggunaan Terapi Tradisional(I.14559)</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Identifikasi masalah kesehatan yang dialami</p> <p>2. Identifikasi riwayat penyakit</p>

1	2	3	4	5	6
					<p>medikasi, dan alergi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi terapi tradisional yang memungkinkan 4. Monitor efek samping terapi 5. Monitor respon terhadap terapi <p>Teraupetik: Catat dan pelajari dampak beberapa terapi tradisional terhadap masalah kesehatan</p> <p>Edukasi: Jelaskan kebutuhan terapi tradisional dalam mengatasi masalah penyakitnya</p> <p>Edukasi Program Pengobatan(I.12441)</p> <p>Observasi: ,Identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan</p> <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan benar 2. Libatkan keluarga untuk memberikan dukungan pada pasien selama pengobatan

1	2	3	4	5	6
					<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan manfaat dan efek samping pengobatan 2. Ajarkan melakukan pengobatan mandiri (self medication) <p>Pelibatan Keluarga(L.14525)</p> <p>Observasi:</p> <p>Identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan</p> <p>Teraupetik:</p> <p>Diskusikan cara perawatan di rumah</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan keluarga bersikap asertif dalam perawatan 2. Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan
			<p>4. Keluarga mampu memelihara kesehatan/ mememodifikasi lingkungan</p>	<p>Kontrol Resiko(L.14128)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat 2. Kemampuan melakukan strategi control resiko meningkat 	<p>Manajemen Keselamatan Lingkungan(L.14513)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan keselamatan(mis.kondisi fisik,fungsikognitif,dan riwayat perilaku) 2. Monitor perubahan keselamatan lingkungan

1	2	3	4	5	6
				3. Kemampuan mengubah perilaku meningkat 4. Kemampuan memodifikasi gaya hidup meningkat 5. Kemampuan menghindari faktor resiko meningkat	Teraupetik: 1. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan(mis.fisik,biologi,dan kimia) 2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan resiko Edukasi: Ajarkan individu,keluarga dan kelompok resiko tinggi bahaya lingkungan
			5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan	Status Kesehatan Keluarga(L.12108) 1. Kesehatan fisik anggota keluarga meningkat 2. Aktivitas fisik anggota keluarga meningkat 3. Akses fasilitas kesehatan meningkat 4. Skrinning kesehatan anggota keluarga sesuai usia meningkat	Rujukan Ke Layanan Masyarakat(L.12474) Observasi: 1. Identifikasi sumber sumber pelayanan kesehatan dimasyarakat 2. Identifikasi masalah kesehatan individu, keluarga dan kelompok masyarakat Teraupetik: 1. Fasilitasi memutuskan pelayanan kesehatan yang dapat dijadikan tujuan rujukan 2. Fasilitasi proses tindak lanjut di masyarakat setelah rujukan

1	2	3	4	5	6
				5. Sumber perawatan kesehatan meningkat	Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur rujukan

4. Implementasi keperawatan keluarga

Menurut (Widagdo & Kholifah, 2016) tindakan keperawatan merupakan implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing order* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Adapun prinsip yang mendasar implementasi keperawatan keluarga antara lain:

- a. Implementasi mengacu pada rencana perawatan yang dibuat.
- b. Implementasi dilakukan dengan tetap memperhatikan prioritas masalah.
- c. Kekuatan-kekuatan keluarga berupa finansial, motivasi, dan sumber-sumber pendukung lainnya jangan diabaikan.
- d. Pendokumentasian implementasi keperawatan keluarga janganlah terlupakan dengan menyertakan tanda tangan petugas sebagai bentuk tanggung gugat dan tanggung jawab profesi (Setiawati, 2008) dalam (Wahyuni et al., 2021).

5. Evaluasi keperawatan keluarga

Menurut (Widagdo & Kholifah, 2016) evaluasi keperawatan keluarga adalah menilai keberhasilan tindakan yang telah dilaksanakan. Indikator evaluasi adalah kriteria hasil yang telah disusun pada tujuan ketika perawat menyusun tindakan keperawatan. Dalam evaluasi terdapat 2 jenis pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga sebagai berikut:

a. Evaluasi Formatif

Evaluasi yang dilakukan sesaat setelah pelaksanaan tindakan keperawatan. Penulisannya lebih dikenal dengan menggunakan format SOAP.

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi akhir apabila waktu perawatan sudah sesuai dengan perencanaan. Bila terdapat ketidaksesuaian dalam hasil yang dicapai, keseluruhan proses mulai dari pengkajian sampai dengan tindakan perlu ditinjau kembali (Dion & Betan, 2015) dalam (Wahyuni et al., 2021).